

記入例

K-006 P (P)

日立健康保険組合 御中

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費請求書 (食事療養費標準負担額差額支給申請用)

※枠内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被 保 険 欄	2 提出日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ マサミ 健保 正美		
	被保険者証 記号・番号	記号	番号	従業員番号			
	事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇		所属・電話	〇〇課 (TEL: 000-000-0000)		
	対象者氏名	健保 正美		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
	食事療養 を受けた 医療機関等	住所	〇〇〇〇病院				
		名称	〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1				
	3 入院期間	令和〇〇年 5 月 1 日 から	3 日間	左記期間に 支払った 標準負担額	4	25,080 円	
5 既に 減額認定証 の交付を受け ている場合	発行年月日	令和 年 月 日	長期該当 年月日	令和 年 月 日			
6 減額認定証の交付申請 または医療機関等へ 提出できなかった理由	一人暮らしで入院中は絶対安静と言われていたため。						
7 委任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名: _____						

事業所コード	
事業所担当者	
年 月 日	
氏名	

【注意事項】 詳細は「記入例」を確認のうえ、ご提出ください
【添付書類】 医療機関等が発行した食事療養費が明記されて
いる領収書(原本)

受付日付印

インプット

下記対象者①または②に該当する方は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けることで、入院食事療養費の標準負担額が軽減されますが、申請を行う前に入院し、やむを得ず標準負担額(減額されない額)を医療機関等で支払ったときは、この請求書を使用し標準負担額と減額分の差額を請求してください。

<対象者>

- ① 市区町村住民税非課税者
- ② 標準負担額の減額により生活保護法の要保護者とならない方

◆ 記入要領 (記入例の番号と照合してください)

- ① 『被保険者』または『被扶養者』の該当する方にチェック(✓)をつけてください。
- ② 事業所に提出する日(任継・特退被保険者の方は健保組合へ提出する日)を記入してください。
- ③ 食事療養の標準負担額(減額されない額)を医療機関に支払った期間を記入してください。
- ④ 上記③の期間に支払った食事療養の標準負担額を医療機関から受け取った領収書を見て記入してください。この領収書(原本)は必ずこの申請書に添付して提出してください。
- ⑤ 既に健保組合より「標準負担額減額認定書」を交付されている方は発行年月日等を記入してください。尚、この認定を受けていなければ当申請はできませんので、認定されていない方は、先に「標準負担額減額申請書」(健保指定帳票 K-201)を提出し、認定を受けてください。
- ⑥ 減額認定を受けていないときはその理由を具体的に記入してください。尚、申請理由によっては、健康保険から給付されない場合もありますので、ご承知置きください。
- ⑦ 給付金を給与に含めて支給される事業所の方は、記入してください。委任状作成の有無は、事業所の健保担当者に確認してください。

* 記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にて二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

◆ 添付書類

医療機関等が発行した食事療養費が明記されている領収書(原本)

◆ 送付先

紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。

- ① 一般被保険者(従業員)の方
事業所(会社)の健保担当者宛に送付してください。
- ② 任継・特退被保険者の方
健保組合に送付してください。
(送付先住所は、保険証の「保険者所在地」に記載)

◆ 提出期限

医療機関等へ費用を支払った日から2年以内に請求してください。(健保組合必着)